|  |
| --- |
| **WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ STUDENCKĄ (wypełnia kandydat)** |
| **Imię i nazwisko** | **Data urodzenia** | **Dane kontaktowe: email, nr telefonu** |
|  |  |  |
| **WYKSZTAŁCENIE**  |
| **Nazwa uczelni** |  |
| **Kierunek/Wydział** |  |
| **Rok / semestr studiów** |  |
| **Znajomość języków obcych wraz z określeniem poziomu** |  |
| **DOTYCHCZASOWE PRAKTYKI, SZKOLENIA LUB DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** |
|  |
| **Proponowany termin praktyk** | **od dnia ……………………. do dnia ………………………...** |
| **Wybrane komórki organizacyjne/ Wydziały** ***(przed wypełnieniem tej części proszę zapoznać się z aktualną ofertą praktyk i koniecznie należy wpisać Wydział. Maksymalnie można wpisać 2 preferowane komórki organizacyjne)*** |
| 1. |
| 2. |
|  **Uzasadnienie wyboru komórki organizacyjnej:** |
|  |
| Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016  r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie, przez Ministra Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952) przy ul. Miodowej 15, moich danych osobowych – zawartych w formularzu zgłoszenia na praktykę studencką oraz w załączonych dokumentach – do celów przeprowadzenia rekrutacji na praktykę studencką.Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o prawie wycofania zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w dowolnym momencie.  |
| **Data i podpis kandydata** |
| **Data:** | **Podpis:** |
| **Załącznik:** kopia dokumentu potwierdzającego posiadane ubezpieczenie NNW |